

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 167

DE LA

Percussion du Cœur

PAR

Dépression Latérale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Virgile VEYRAT

Né à Montméliant (Savoie), le 7 Juin 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^e SUCCESSEURS

3, RUE STELLA, 3

—
1899

DE LA

Percussion du Cœur

PAR

Dépression Latérale

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 167

DE LA

Percussion du Cœur

PAR

Dépression Latérale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Virgile VEYRAT

Né à Montméliant (Savoie), le 7 Juin 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.

LACASSAGNE

DOYEN.

ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, *Président* : M. ROCHET, *Assesseur* ;

MM. COLLET et PIC, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES :

Le Docteur ERNEST VEYRAT

Le Docteur GEORGE-VELLAT

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

En fréquentant les différents services de l'Hôtel-Dieu, nous avons constaté que la percussion est à peu près délaissée dans l'étude clinique du cœur, tandis que les résultats de l'auscultation de cet organe sont précisés chaque jour et que sa palpation a pris un nouvel essor grâce à la méthode de la palpation cardiaque large préconisée par M. le professeur Bard.

Quelle est la cause de cette défaveur subie par la percussion? Ce n'est certainement pas une absence d'intérêt pour le clinicien, M. le professeur Potain a montré, en effet, la valeur de la percussion cardiaque pratiquée méthodiquement; on ne peut donc attribuer l'abandon de la méthode qu'à la difficulté de son emploi. Le but de ce modeste travail est de la rendre plus pratique.

M. le professeur agrégé Pic, médecin des Hôpitaux, pendant une suppléance de M. le professeur Bondet, exposa aux élèves de la Clinique le procédé de la percussion du cœur par dépression latérale, qu'il pratique

depuis plusieurs années. Nous pûmes les jours suivants nous convaincre de la valeur de ce procédé.

Pour nous permettre d'en approfondir la question, M. le professeur agrégé Pic voulut bien nous aider de son érudition et mettre à notre disposition les observations avec tracés, prises dans son service de l'hospice du Perron, annexées au présent mémoire.

Nous le prions d'accepter l'expression de toute notre gratitude pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli et pour les conseils qu'il nous a prodigués pendant l'étude de ce travail.

M. le professeur Bard nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous apprécions toute la valeur de cette marque de bienveillance.

Notre excellent frère, le docteur Francis Veyrat, nous a constamment guidé durant nos études médicales, nous lui adressons nos sentiments de vive affection et de sincère reconnaissance.

Nous remercions M. Varay, interne des Hôpitaux, qui nous a facilité la rédaction de nos observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la Percussion générale appliquée au cœur

A) LA PERCUSSION GÉNÉRALE

La percussion est un procédé d'exploration clinique consistant à frapper brusquement la surface d'une région du corps pour y déterminer un bruit ou un son qui permette d'apprécier la situation physiologique ou pathologique des organes sous-jacents, aussi bien que certaines lésions matérielles dont ils peuvent être atteints. (Lereboullet).

Hippocrate, Arétée, Galien, Actuarius, Paul d'Egine, d'après H. Roger, ont dû quelques indications diagnostiques à la percussion des organes.

Auenbrügger (1761) a été le premier à en montrer

les avantages, à en faire connaître la technique et les résultats ; il percutait directement « avec l'extrémité des doigts rapprochés les uns des autres et allongés. » Sa découverte passa presque inaperçue.

Corvisart, en 1808, fit paraître une traduction avec commentaires de l'ouvrage d'Auenbrügger, par laquelle, après vingt ans de pratique, il fit adopter la percussion comme méthode d'investigation clinique.

Mais c'est à Piorry que cette méthode doit les perfectionnements qui l'ont rendue vraiment pratique car il décrivit, en 1828, la percussion médiate. Elle consiste à interposer un corps de nature variable entre la main qui frappe et la partie frappée. Piorry percutait, au début, avec un marteau sur une plaque en ivoire ou en métal ; sa méthode était la plessimétrie. Il reconnut bientôt, lui-même, que « le doigt qui frappe est un juge non moins exact que l'oreille qui écoute » ; le marteau fut abandonné.

La percussion médiate fut généralement admise, mais la percussion digitale remplaça la plessimétrie pour les raisons que donne Potain : « le procédé que nous employons est toujours la percussion digitale plus simple, tout aussi précise et moins pénible pour le malade que le plessimètre et les marteaux encore usités par quelques médecins. » En effet, « le doigt composé de parties dures et de parties molles se rapproche par sa structure de celle des parois thoraciques et rend moins altérés les sons qu'elles donnent ; la pression, dans les cas où elle devient nécessaire, est moins douloureuse ; mince et étroit il se place sur les espaces intercostaux ou sur les points déprimés ; flexible il se

moule sur les parties saillantes ou même arrondies ; organe du toucher, il ajoute la sensation tactile aux perceptions de l'ouïe. » (Barth et Roger).

Après Piorry : Skoda, Aran, Woillez, H. Roger, Niemeyer, Guéneau de Mussy, entre autres, étudièrent la percussion et en précisèrent les résultats.

B). LA PERCUSSION DU CŒUR

La percussion de la région précordiale a pour but de déterminer la position et les dimensions du cœur et des gros vaisseaux.

Elle est pratiquée depuis Piorry qui étudia, à l'aide de son plessimètre, la matité du cœur et ses variations pathologiques.

Elle révèle dans cette région l'existence de deux zones : l'une de son absolument mat dite petite matité, correspondant à la région découverte du cœur ; l'autre plus étendue dite grande matité, de matité relativement moins considérable, de submatité, correspondant à la portion recouverte par les poumons.

Bouillaud jugeait suffisante la recherche de la petite matité : « son étendue est généralement d'autant plus grande que le cœur est plus volumineux. »

Merklen partage cette opinion tout en reconnaissant qu'elle ne donne pas des résultats aussi précis.

Tripier et Devic la préfèrent parce que la percussion faible la donne facilement et sans éducation préalable de l'oreille.

Friedreich considérait au contraire ce procédé comme insuffisant.

C. Paul et Potain délimitent systématiquement la grande matité et grâce au procédé pratique qu'ils préconisent elle est plus généralement admise aujourd'hui.

CHAPITRE II

Valeur de la Percussion

La valeur de la percussion comme méthode générale d'exploration n'est plus à démontrer, il suffit de rappeler son utilité dans le diagnostic des maladies des poumons et de l'abdomen.

Pour le cœur, la percussion est moins employée parce qu'elle est plus difficile et qu'elle exige une éducation spéciale. En clinique, elle est souvent négligée, à tort puisque la majorité des auteurs lui accorde une valeur incontestable dans de nombreux cas.

En effet, Barth et Roger, Merklen la recommandent. Pour MM. Tripier et Devic, cependant, « dans la pratique courante, on ne peut souvent obtenir que des renseignements peu précis des divers procédés de percussion en dehors de l'épanchement péricardique abondant et de l'hypertrophie notable du cœur. »

M. Weill insiste sur son utilité dans la pathologie cardiaque des enfants ; elle peut attirer l'attention du côté du cœur, dit-il, alors que l'auscultation ne donne que des résultats douteux. Cela tiendrait à une particularité de la pathologie de l'enfance : la tendance du cœur à s'accroître sous l'influence d'une excitation morbide même légère.

M. Teissier l'emploie systématiquement.

Enfin, pour Potain la percussion est un moyen encore plus précieux que la palpation, mais elle ne donne rien, ajoute-t-il, si elle n'est pas faite avec méthode et précision. « J'espère, dit M. Potain, que le temps viendra où l'on perdra l'habitude de diagnostiquer l'hypertrophie cardiaque comme on le faisait du temps de Corvisart, c'est-à-dire d'après les battements exagérés et les palpitations. Sans doute la percussion ne donnera pas, à elle seule, le diagnostic complet d'une affection du cœur, mais elle nous aidera beaucoup à le constituer. »

CHAPITRE III

Méthodes de Percussion

Méthode de M. le professeur Potain. — Elle comprend trois points :

1° La détermination des lignes qui doivent servir de limites à la figure donnée par la percussion ;

2° Le mode de percussion à l'aide duquel on doit tracer ces lignes ;

3° La mensuration de la surface circonscrite par elles.

Le système linéaire est le même que celui de C. Paul. Il se compose de trois lignes : une première suit le bord du ventricule gauche, plus ou moins courbe elle constitue le bord gauche de la matité ; la seconde parallèle au bord droit du sternum correspond au bord de l'oreillette droite ; la troisième devrait longer le bord du ventricule droit. Cette troisième ligne est établie artificiellement en traçant une droite qui va de l'extrémité

inférieure de la pointe du cœur à l'intersection du bord supérieur de la matité hépatique avec le bord droit de la matité cardiaque.

Des trois angles du triangle formé par ces lignes l'inférieur gauche est donné par le contour de la pointe, le supérieur correspond à la courbure de l'aorte.

Les deux premières lignes du triangle de la grande matité sont déterminées par la percussion. Potain conseille la percussion forte et le mode concentrique dont le précepte est : ne jamais frapper sur l'organe qu'on limite mais autour de lui.

La mensuration de la surface de la matité se fait en multipliant la longueur par la hauteur, puis le produit par le coefficient 0,83.

Potain, grâce à ce procédé et à des mensurations précises a pu étudier et fixer avec une grande exactitude les variations physiologiques et pathologiques du cœur.

Mais, « la percussion forte est pénible pour les malades; il est difficile en outre de saisir des nuances de timbre. Les coups forts font vibrer l'air de l'estomac situé en arrière du cœur et le son tympanique masque d'autant la légère matité du cœur » (Tripiet et Devic).

Procédés de perfectionnement. — Pour éviter ces inconvénients, Seitz, puis *Gümprecht* d'Iéna (congrès de Lübeck, 1895), ont cherché à rapprocher le cœur de la paroi thoracique. Dans ce but, ils conseillent de percuter en invitant le malade à tenir le tronc fortement penché en avant.

Chapireau (Vratch, 1895) est allé plus loin dans cette

voie, il préconise le décubitus ventral. Pour permettre la percussion dans cette position, il a fait construire un appareil spécial, sorte de brancard assez élevé pour que le médecin puisse s'asseoir dessous et percuter. L'auteur aurait obtenu de bons résultats, contrôlés par la vérification sur le cadavre.

Les auteurs que nous venons de citer ont cherché à rapprocher le cœur de la paroi thoracique, leurs procédés sont compliqués, pénibles pour le malade et le médecin; Aug. Schott, au contraire, rapproche du cœur la paroi thoracique par le procédé pratique de la percussion par dépression latérale, que nous allons exposer.

Auparavant, citons la percussion des espaces intercostaux qui poursuit le même but mais à laquelle les auteurs Strandgaard et I. Rosenthal, entre autres, n'ont pas donné la préférence, car la percussion par dépression latérale présente d'autres avantages.

Signalons également deux nouveaux procédés avec lesquels on peut délimiter la surface antérieure du cœur : les rayons Röntgen et la phonendoscopie. Nous n'insisterons pas sur le premier, il n'entre pas dans notre sujet, d'ailleurs la radiographie et la radioscopie, si utiles en chirurgie, n'ont pas donné dans l'étude du cœur, organe mobile, des avantages appréciables. « Les résultats sont à peu près les mêmes que ceux obtenus par la délimitation du cœur, suivant le procédé de Potain. » (Merklen).

La phonendoscopie de Bianchi et Bazzi permet, d'après ses auteurs, de déterminer la limite inférieure de la matité précordiale et de délimiter les cavités car-

diaques. M. Bouveret, dans une étude approfondie (*Lyon médical*, 1896), ne lui accorde pas autant de valeur. Pour le cœur, en particulier, les vibrations transmises à l'instrument seraient celles de la paroi thoracique. M. Pic, qui l'a expérimentée, dit qu'elle ne vaut pas une percussion bien faite. C'est également l'opinion de Merklen.

Un procédé abandonné, en France du moins, est celui de la percussion auscultée. Elle présente des avantages dans le pneumothorax, mais son emploi n'est pas pratique dans l'examen du cœur. MM. Cammann et Clark qui l'ont préconisée, sous le nom d'*auscultatory percussion*, mensuraient le cœur par l'étude de quatre de ses diamètres. Leur méthode était assez bonne, mais compliquée et de même que la phonendoscopie et les rayons X, elle exige une instrumentation spéciale, tandis que, « et c'est une considération qui n'est point à dédaigner, le doigt est toujours à la disposition du médecin » (Barth et Roger).

CHAPITRE IV

Percussion par dépression latérale

La percussion par dépression latérale a été indiquée par Aug. Schott de Bad-Naûheim sous ce titre : *Die seitlich abgedaempfte Percùssion*. Schott percutait à l'aide d'un plessimètre.

Elle a été étudiée sur le cadavre, par Strandgaard (*Nordiskt medicinsk Arkiv.*), en 1896 ; il ne lui accordait pas une grande supériorité sur les procédés antérieurement connus.

Israël Rosenthal, au contraire (*Nordiskt Medicinsk Arkiv.*, 1897), après une étude minutieuse, combat les conclusions et conteste les procédés de Strandgaard. Il conclut à la grande valeur de la percussion par dépression latérale.

Enfin, M. le professeur agrégé Pic, qui la pratique

depuis trois ans, est arrivé aux mêmes conclusions que Rosenthal avant d'avoir eu connaissance des travaux de cet auteur.

Manuel opératoire. — La percussion par dépression latérale consiste en une percussion faite sur le médius de la main gauche, en même temps que l'on comprime la paroi thoracique avec l'index et l'annulaire.

Il est essentiel de percuter légèrement, M. Pic le recommande expressément, Rosenthal insiste également sur ce point : « on risque sans cela, malgré la dépression des côtes, d'obtenir l'irradiation des oscillations ; on palpe en outre beaucoup mieux de cette manière. »

Cette méthode donne la matité exacte du cœur en arrêtant les vibrations du sternum et des côtes qui faussent les résultats de la percussion faite suivant les règles ordinaires. La matité ainsi obtenue est celle de la face antérieure du cœur, les limites en sont nettement tranchées et correspondent exactement au bord même du cœur. L'index et le médius, en outre de ce phénomène d'arrêt des vibrations osseuses, ont par la compression de la paroi thoracique une action mécanique. Elle consiste en un rapprochement de cette paroi du cœur, de ce fait les deux feuillets du cul-de-sac pleural sont appliqués l'un contre l'autre.

Signalons une troisième action très plausible, celle de l'isolement acoustique de la lame pulmonaire sus-jacente au cœur. La conséquence de cet isolement est que les vibrations sonores de cette lame ne peuvent plus se transmettre aux autres parties du poumon pour masquer la matité normale du cœur.

Pour délimiter la grande matité, on emploie le système linéaire de Potain et de C. Paul, c'est-à-dire qu'on délimite par la percussion les deux côtés du triangle de la matité cardiaque et qu'on prend pour base la ligne qui part de la pointe du cœur pour aboutir à l'intersection du bord droit de la matité avec la matité hépatique.

Manuel opératoire pour la vérification anatomique. — On a tracé, sur la paroi thoracique du malade, les limites de la matité cardiaque avec le crayon dermatographique.

Le tracé est décalqué sur un papier spécial avec différents points de repère : la fourchette sternale, l'appendice xiphoïde et les deux mamelons.

Au moment de la vérification anatomique, on reporte le décalque sur un carré de linge destiné à être appliqué sur la poitrine du cadavre en se servant rigoureusement des points de repère désignés.

En quelques points du tracé plessimétrique, on enfonce verticalement dans le thorax de longues aiguilles. Il suffira désormais de faire sauter le plastron sternal en maintenant les aiguilles, pour constater leur position vis-à-vis du cœur.

CHAPITRE V

Valeur de la Percussion par dépression latérale

La percussion du cœur par dépression latérale, dont nous venons d'exposer la technique, a été appliquée systématiquement par M. le professeur agrégé Pic sur plus de cinquante malades. Dans dix observations on a fait le repérage après la mort ; dans quatre de celles-ci, dont les tracés ont été vérifiés, le résultat n'a pas été noté. Nous présentons les six autres qui montrent toute la précision de la méthode. La vérification anatomique à l'amphithéâtre des tracés obtenus pendant la vie a donné, en effet, de bons résultats dans les six cas. Ces observations dues à l'obligeance de M. le Dr Pic ont été prises dans son service de l'hospice du Perron.

OBSERVATIONS AVEC VÉRIFICATION ANATOMIQUE

OBSERVATION I

G... Louis, 78 ans, bourrelier, hospice du Perron, salle Jacquard, n° 10. Entré le 25 février 1898.

Diagnostic. — Rhumatisme chronique. Morbus coxæ senilis double, athérome généralisé. Hémiplégie gauche légère : syndrome glossolabé d'origine corticale. Symphyse cardiaque. Tuberculose pulmonaire fibreuse, emphysème. Dilatation de l'estomac.

Autopsie. — Ramollissement cérébral. Localisation dans la couche optique et à la partie postérieure de la capsule interne. Myocardite ; légère insuffisance mitrale. Pneumonie au stade d'hépatisation, surtout à droite.

16 décembre, Cœur. — La matité précordiale délimitée par la percussion par dépression latérale est augmentée d'étendue dans sa partie inférieure et a dans son ensemble une forme vaguement quadrangulaire. Ses limites paraissent invariables.

Les bruits du cœur sont sourds. Rythme un peu pendulaire. Pouls faible. Radiales très dures, à peine dépressibles.

Vérification. — On vérifie que le tracé plessimétrique, représenté en projection le volume du cœur. Le bord gauche correspond exactement. Le poumon gauche présente une languette s'avancant au devant de la région précordiale et adhérente à la face externe du péricarde.

Cœur proprement dit : Un peu d'insuffisance mitrale. Aspect festonné du bord libre de la valve postérieure et véritable anneau osseux au niveau de son insertion. Valve antérieure presque saine. Le myocarde montre de la sclérose au niveau des piliers. Pas de teinte feuille morte. Infiltration

graisseuse sous-endocardique et sous-épicaudique, athérome de l'aorte thoracique. Ossification de la partie inférieure des nids de pigeon, mais souplesse des valvès, athérome de l'ouverture des coronaires.

Les radiales sont dures ; dans la gouttière du poul, elles ont l'aspect de véritables tuyaux de pipe.

OBSERVATION II

J... Anne, 86 ans, ménagère, entrée le 15 avril 1897. Salle Sainte-Marie, 56.

Diagnostic. — Athérome généralisé. Athérome cérébral ; démence sénile consécutive sans signes de lésions en foyer. Emphysème pulmonaire. Rhumatisme chronique. Ictère chronique. Néoplasme secondaire probable.

Autopsie. — Cancer des voies biliaires, envahissement du foie.

Cœur. — Pointe faiblement perçue paraissant siéger dans le cinquième espace et en dedans du mamelon.

A l'auscultation : bruits sourds prenant le rythme embryocardique. Léger retentissement du second bruit au foyer aortique.

Radiales athéromateuses, très dures.

Vérification. — Le cœur est petit. *Le tracé de la matité coïncide assez exactement.* La pointe est cependant déjetée plus à gauche.

A la coupe, le myocarde est sain.

Aorte très athéromateuse ; les valvules sont dures.

OBSERVATION III

A... Paul, 77 ans, employé. Entré salle Sainte-Jeanne, le 4 avril 1898.

Diagnostic. — Fistules urinaires. Pyurie. Hypertrophie prostatique. Hydrocèle gauche. Myocardite sénile. Rythme bigéminé. Insuffisance mitrale.

Autopsie. — Myocardite. Insuffisance mitrale. Reins urinaires. Cicatrices tuberculeuses aux poumons et emphysème. Œdème pulmonaire final.

Cœur. — La matité prise par la percussion par dépression latérale est augmentée dans le sens longitudinal et ses limites varient bien suivant les changements d'attitude.

A la palpation : pointe dans le cinquième espace au-dessous du mamelon, difficilement perceptible.

A l'auscultation : Pas de bruit anormal, mais une modification du rythme comparable au rythme bigéminé digitalique : deux pulsations rapprochées, intervalle plus long, deux pulsations rapprochées, etc., ce rythme se renouvelle indéfiniment. Parfois, cependant, cette régularité est troublée par une salve de battements.

Vérification. — La vérification du tracé plessimétrique donne les résultats suivants ; la pointe est un peu plus basse que ne le porte le tracé ; les autres parties concordent parfaitement.

Insuffisance mitrale ; végétations non actives, dures et rétractées, sur les valves, sclérose des piliers.

Myocardite : teinte feuille morte du myocarde, état mou du tissu musculaire. Rien à l'aorte.

OBSERVATION IV

D... Françoise, ménagère, 52 ans, entrée salle Paul-Jouve, le 24 février 1899. Autopsie : mai 1899.

Diagnostic. — Rhumatisme subaigu à poussées successives. Endopéricardite rhumatismale. Symphyse cardiaque probable et insuffisance mitrale. Pleurésie rhumatismale. Embolie de l'artère humérale. Asystolie inflammatoire.

Autopsie. — Rhumatisme subaigu. Rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral. Médiastino-péricardite sans symphyse. Pleurésie. Foie, reins cardiaques. Endopéricardite en évolution. Asystolie inflammatoire. Embolie de l'artère humérale.

Début des accidents rhumatismaux à trente-huit ans. Poussées successives douloureuses; dans l'intervalle de ces poussées, marche progressive des lésions ostéo-articulaires. Déformations multiples des mains, coudes, épaules, pieds et genoux. La malade est complètement percluse.

Evolution en trois mois d'une pleurésie du côté droit et de phénomènes asystoliques qui enlèvent la malade.

24 novembre 1898. — *Cœur.* — Pointe dans le septième espace. Frémissement systolique et diastolique. Dans le troisième et le quatrième espace intercostal gauche, frottement à timbre rapeux. A la pointe : souffle systolique intense en jet de vapeur, se propageant dans l'aisselle. Roulement présystolique. Dédoublement du second bruit. En somme, rythme mitral.

Pouls : 100. Vrai pouls veineux. Gonflement inspiratoire des veines du cou. Œdème des membres inférieurs.

Urines peu abondantes et chargées.

Etude de la matité. — La matité prise par la percussion par dépression latérale est allongée verticalement; ses limites paraissent invariables avec les changements d'attitude de la malade. La pointe bat dans le septième espace, au-dessous du mamelon, — la matité paraît augmentée les quinze derniers jours.

Vérification. — Les aiguilles enfoncées sur le trajet du tracé décalqué sur la peau coïncident à peu près parfaitement avec les bords du cœur.

Pas de symphyse des deux feuillets du péricarde; mais des adhérences du péricarde aux deux plèvres médiastines et à face postérieure du sternum (médiastino-péricardite).

Epanchement de 60 grammes environ dans le péricarde. Plaque rectangulaire de péricardite sur l'épicaide au niveau de la face antérieure du cœur.

OBSERVATION V

R... Philibert, 77 ans, tisseur. Entré salle Jacquard, le 19 février 1898.

Diagnostic. — Hémiplégie droite avec contractures secondaires. Tuberculose latente : induration du sommet droit. Adénopathie ganglionnaire. Albuminurie légère.

Autopsie. — Ramollissements cérébraux multiples. Myocardite. Bronchopneumonie. Reins séniles. Mort par œdème pulmonaire.

Cœur. — Bruits sourds, lointains. Bruit de galop dans la région mésocardiaque.

Tracé : La matité paraît normale et mobile avec les positions du malade.

Vérification. — Les aiguilles enfoncées sur le trajet du tracé

décalké passent : à droite, exactement sur le bord du cœur et du poumon droit ; à gauche, elles perforent légèrement la lame pulmonaire. L'aiguille de la pointe passe exactement à un centimètre au-dessous de sa limite sur le cadavre.

Adhérences peu serrées du péricarde au sternum ; les bords des poumons sont fixés au péricarde, mais du côté droit moins intimément qu'à gauche.

En somme : adhérences latérales, peu d'adhérences antérieures.

OBSERVATION VI

B... Benoîte, 44 ans. Entrée à Sainte-Marie, décembre 1894.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire. Broncho-pneumonie tuberculeuse.

Autopsie. — Broncho-pneumonie tuberculeuse.

Etat intellectuel si affaibli qu'on ne peut tirer aucun renseignement de la malade.

Dès le 2 octobre 1898, température oscillant entre 38° et 39° avec dyspnée, toux et expectoration purulente.

Poumons. — Caverne volumineuse du sommet droit. Induration du sommet gauche. Bouffées de râles gros et humides aux environs de la caverne.

Cœur. — Pointe dans le 5^e espace au-dessous du mamelon. Ondulation, sorte de roulis de toute la région précordiale. Cœur rapide sans bruits anormaux. Pouls 110.

La matité précordiale est tracée le 3 octobre 1898.

Vérification. — Les limites tracées pendant la vie par la percussion par dépression latérale correspondent sensiblement aux limites réelles de l'organe. Rien au péricarde.

CHAPITRE VI

Avantages de la Percussion par dépression latérale

La percussion par dépression latérale mérite-t-elle d'être employée, en un mot quels sont ses avantages ?

1° *Pas d'instrumentation.* — Cet avantage la place au-dessus de l'examen par les rayons Röntgen et la phonendoscopie.

Pour les rayons X, en effet, il faut une installation coûteuse et une source électrique fixe, la pratique de de cette méthode exige donc le transport des malades, souvent impossible.

Pour la phonendoscopie, il faut un instrument fragile et encombrant.

De plus, l'emploi de ces deux moyens demande une certaine habileté difficile à acquérir. La percussion par

dépression latérale présente, il est vrai, comme tous les moyens d'investigation une équation personnelle ; mais son usage étant à la portée de tout médecin, il lui sera facile de percuter souvent le cœur dans sa pratique journalière pour arriver à le faire utilement.

2° *Netteté des limites.* — La forme recourbée du thorax fait que la couche pulmonaire précordiale s'épaissit progressivement vers la périphérie du cœur. Dans la percussion digitale ordinaire la matité, de ce fait, diminue graduellement en s'éloignant du centre et suivant les personnes, et la minutie qu'elles y mettent, la matité paraît plus ou moins étendue.

La dépression costale diminue cet inconvénient, elle supprime en outre les vibrations osseuses et les limites de la matité obtenues ainsi sont nettes ; elles sont également précises, puisque les aiguilles enfoncées sur le tracé plessimétrique sont souvent tangentes au cœur et rarement éloignées de sa périphérie.

De plus, la percussion par dépression latérale permet de découvrir nettement une matité correspondant aux gros vaisseaux.

3° *Percussion légère.* — M. le professeur Potain recommande, dans la recherche de la matité relative, une percussion forte. Elle est pénible pour le malade. Elle fait en outre vibrer le sternum et les côtes et souvent « l'air de l'estomac situé derrière le cœur » (Tripiet et Devic). Ces sons surajoutés masquent en partie la vraie matité cardiaque.

Dans la percussion par dépression latérale, il ne faut

employer que peu de force : la matité est plus nette et le malade ne la redoute nullement. Elle permet de laisser de côté toutes les sensations incertaines et faibles qu'elles soient tactiles ou auditives.

4° *Facile appréciation des variations.* — La percussion digitale du mode ordinaire donne surtout la matité absolue de moindre importance (Potain). La matité relative est plus utile car toutes les variations de volume et surtout celles qui retentissent sur la face antérieure du cœur, c'est-à-dire celles du cœur droit en donnent une variation correspondante.

La largeur de la matité au niveau de la ligne mamelonnaire dépasse d'un ou deux centimètres la dimension correspondante du cœur, c'est surtout la limite gauche qui produit la différence. La limite droite tombant sur une partie plane donne le plus souvent une image correcte du bord de l'oreillette droite (Rosenthal).

On peut se convaincre par les tracés joints aux observations qu'on peut facilement vérifier les variations de la matité dans les décubitus latéraux (Obs. VII). On suit également bien les différences de volume du cœur dans les phases successives d'une maladie (Obs. IV, X).

La matité relative donne la projection de toute la face antérieure du cœur sans indications sur l'oreillette gauche et le ventricule gauche tournés en arrière (I. Rosenthal). M. le D^r Pic signale également ce fait mais en faisant des réserves ; nos tracés montrent en effet que dans quelques cas la percussion donne des renseignements indirects sur le cœur gauche.

Pour le cœur droit, la recherche de la grande matité est supérieure, les augmentations en sont facilement appréciées ; mais c'est l'oreillette droite qui est la plus facilement accessible à la percussion. L'étude de la matité est donc des plus utiles pour le diagnostic de l'insuffisance tricuspidiennne et de l'asystolie et par conséquent pour le pronostic des maladies du cœur.

CHAPITRE VII

Applications

A) VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES

Les variations physiologiques de la matité nous occuperont peu. Elles sont peu importantes sauf celles qui sont liées aux changements d'attitude des malades. L'observation suivante prise chez un enfant à cœur sain montre la matité cardiaque dans le décubitus dorsal et dans les deux décubitus latéraux.

OBSERVATION VII

P..., Charles, 7 ans. Entré le 13 janvier 1897, 1^{er} étage.

Diagnostic. — Scrofule. Conjonctivite. Albuminurie persistante.

Son père est mort de la poitrine, sa mère tousse.

Scarlatine. Pleurésie en janvier 1896.

2° *Déplacement en masse de la matité.* — Il se rencontre dans la dextrocardie.

Dans la dextrocardie congénitale il y a un déplacement en masse du cœur à droite. Cet organe est placé symétriquement à la position qu'il aurait normalement à gauche (Bard). Nous n'avons pas d'observation de dextrocardie congénitale, mais il est logique d'admettre que la matité présente le même déplacement que le cœur.

Dans la dextrocardie acquise, le cœur est à droite; refoulé en masse et non symétrique à sa direction normale. Dans l'observation suivante, le côté gauche est sonore et la matité droite a la forme de celle du cœur; ses limites sont invariables. Pour M. Pic (*Province médicale*, 7 juin 1897) ce fait plaide en faveur de l'existence d'adhérences pathologiques, maintenant le cœur dans sa situation anormale.

OBSERVATION VIII

L..., Joseph, 65 ans, tisseur, salle Sainte-Jeanne. Entré le 13 novembre 1897.

Diagnostic. — Dextrocardie (radiographie confirmative). Induration du sommet droit. Paralysie du grand dentelé.

Père mort de dysenterie à 64 ans. Mère morte avec hémiplégie gauche à 72 ans. Une sœur morte après crises convulsives.

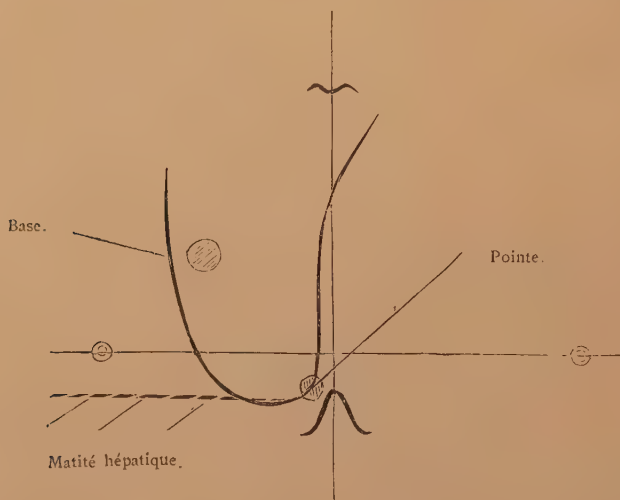
Bonne santé. Un peu d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Marié, cinq enfants, un mort de diphtérie, l'autre, en nourrice.

Le malade fut tisseur jusqu'à 50 ans, à cet âge il se fait cultivateur, il souffre de misère et de privations.

En 1890, à l'âge de 59 ans, influenza soignée pendant un mois et demi à la Croix-Rousse, service de M. Chappet.

En août 1896, malaises généraux, toux intense et opiniâtre, expectoration fréquente, anorexie qui nécessitent un nouveau séjour à l'hôpital. Le 30 octobre on l'envoie à Longchêne.



Mai 1897. — Examen à Longchêne. Etat amélioré ; la toux a diminué, l'essoufflement est moins pénible, les palpitations ont disparu, quelques douleurs irradiées siégeant à gauche du sternum.

Pouls régulier ; pulsations égales, 80 à la minute.

Cœur. — L'inspection ne révèle ni voussure, ni zone de battements.

La percussion montre que tout le côté gauche est sonore. A droite, zone de matité rappelant celle du cœur, dont les limites sont invariables.

A la palpation : battements diffus, nets à l'appendice

xiphoïde où bat la pointe. La main perçoit une expansion plutôt qu'un choc proprement dit.

A l'auscultation : le maximum des bruits est à l'appendice xiphoïde où le premier bruit est intense, le deuxième bruit est plus intense mais on ne perçoit pas en ce point le choc diastolique de Friedreich-Bondet.

Poumons. — Submatité au sommet droit.

Urines claires, ni sucre, ni albumine.

Examen au Perron. — *Cœur.* — La pointe bat à l'appendice xiphoïde. On perçoit le claquement sigmoïdien dans le deuxième espace intercostal droit à 1 centimètre 1/2 du bord droit du sternum.

La matité précordiale est à la fois médiane et droite, elle a une forme allongée : la situation du cœur paraît rétro-sternale, l'axe étant oblique de haut en bas et de droite à gauche. La limite inférieure de la matité se confond avec celle de la matité hépatique, les limites ne semblent pas varier avec les changements de position. Le tracé plessimétrique montre que le cœur est revenu en masse à gauche et occupe une situation médio-sternale.

Poumons. — Sommet droit : submatité, exagération des vibrations, craquements dans la fosse sus-épineuse, plus rares sous la clavicule.

Novembre 1898. — Douleurs irradiées dans les articulations des épaules. On reconnaît que le malade a une paralysie complète du grand dentelé.

25 février 1899. — Mêmes signes de paralysie du grand dentelé et d'induration du sommet droit.

Pas de modifications au niveau du cœur.

3^e Augmentation d'étendue de la matité. — Nous l'étudierons dans les maladies du péricarde, les maladies des vaisseaux et dans celles du cœur.

A) *Maladies du péricarde*. — « Le signe le plus précis, le plus certain de l'épanchement péricardique c'est la matité » (Dieulafoy).

Dans les grands épanchements, la matité péricardique a la forme d'un triangle à base inférieure, à sommet mousse et arrondi situé vers la fourchette sternale. Ce triangle est irrégulier, il présente vers le tiers supérieur du bord gauche une encoche signalée par Sibson et qui donne à la matité une forme de brioche (Potain).

Dans l'hydropneumo-péricarde il y a au devant du cœur une sonorité tympanique variant avec les positions du corps.

B) *Maladies des vaisseaux*. — La dilatation aortique se caractérise par l'extension de la matité à droite du sternum jusque dans le deuxième espace intercostal où elle déborde de plusieurs centimètres le bord de cet os, son contour arrondi lui donne la forme d'un casque de pompier (Potain). Par la percussion par dépression latérale le tracé de la matité est ouvert en haut. L'observation XII en est un exemple.

La recherche de la matité peut être utile dans le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte, à l'aide de ce signe, M. Pic a pu dans un cas douteux affirmer la présence d'un anévrysme, le malade est mort subitement quinze jours après.

C) *Maladies du cœur*. — *Insuffisance mitrale*. — Nous avons deux observations d'*insuffisance mitrale*, les observations IX et X.

Dans le tracé de l'observation IX on remarque une

déviation gauche considérable de bord gauche de la matité et un abaissement de la pointe au-dessous du mamelon. Cette déformation tient très probablement à l'augmentation du volume non seulement des cavités gauches mais encore des cavités droites. Ce cœur est augmenté de volume dans sa totalité.

Dans l'observation X, il y a une augmentation surtout du diamètre horizontal du cœur. Le tracé est remarquable par la réduction des dimensions de la matité sous l'influence de la médication : fait cité par M. Weill chez les enfants. L'augmentation de la matité est peut-être due, en partie, dans ce cas, à une symphyse péricardique probable.

OBSERVATION IX

C..., Julia, 72 ans, tisseuse. Entrée, janvier 1887, salle Sainte-Anne.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans. Insuffisance mitrale. Ancien ulcère de l'estomac.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Mariée, son mari est mort subitement. Un enfant venu vivant à sept mois aurait une affection cardiaque. Une fausse couche antérieure.

Réglée régulièrement à 17 ans. Ménopause à 48 ans.

A 25 ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu localisé au coude et au cou-de-pied gauche.

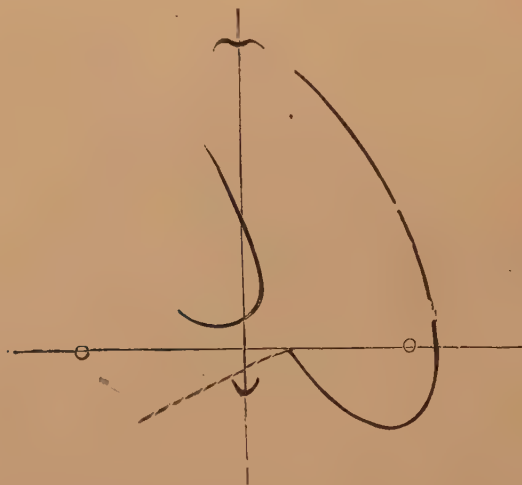
En 1885, vomissements de sang fréquents et abondants, ulcère stomacal diagnostiqué par M. Tripier; dès ce moment, elle aurait eu sa cardiopathie.

Actuellement ; oppression dans l'effort. Un peu de toux avec légère expectoration. Léger cedème des membres inférieurs. Appétit presque nul.

Digestions laborieuses avec hoquet.

Poumons. — Induration du sommet droit.

Cœur. — Pointe dans le sixième espace à 10 centimètres en dehors du sternum, mobile.



Percussion. — Matité augmentée dans tous les sens se confondant avec la matité hépatique, une ligne courbe la délimite en dehors.

Auscultation. — A la pointe : souffle systolique intense en jet de vapeur se propageant dans l'aisselle et le dos. Dédoublément inconstant du deuxième bruit à la région moyenne. Deuxième bruit aortique, éclatant.

Pouls sans caractères précis.

Estomac un peu douloureux à la pression.

Urines : ni sucre ni albumine.

OBSERVATION X

F... Stéphane, 12 ans. Asile Sainte-Eugénie.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire subaigu. Endocardite rhumatismale. Insuffisance mitrale. Deux poussées subaiguës dont une avec pleurésie gauche guérie. Du même côté : pneumopleurésie ultérieure. Symphyse cardiaque probable.

Père mort à 39 ans de la poitrine. Mère, 37 ans, bien portante. Deux sœurs en bonne santé, un frère mort jeune.

Scrofule de l'enfance : adénite sous-maxillaire.

Bonne santé ordinaire, pas de toux.

En juillet 1896, rhumatisme articulaire aigu sans enflure des articulations, puis pleurésie.

Malgré le traitement, le rhumatisme se généralise à tous les membres, en même temps pleurésie double.

25 novembre 1896. — Envoi à Longchêne où il arrive avec une insuffisance mitrale très caractérisée.

Au bout de quelques jours, nouvelle poussée rhumatismale localisée au bras gauche, puis pleurésie gauche considérable et bronchite; le tout cède rapidement.

31 janvier 1897. — Abattement, anorexie, température 39°, matité du côté gauche remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, exagération des vibrations, bronchophonie, souffle tubaire, bouffées de râles crépitants inspiratoires, pas de liquide. Digitale.

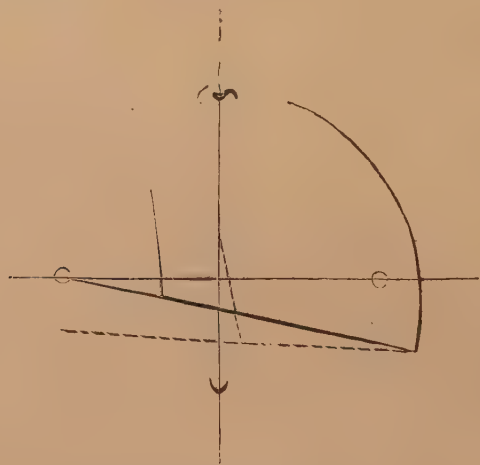
Le lendemain, la température s'abaisse à 37°9, état général meilleur. Diminution du souffle et des vibrations vocales, la respiration et les râles s'entendent jusqu'en bas, mais bronchoégophonie et pectoriloquie aphone. Rien à droite.

Le cœur tient bon. On donne encore un jour de la digitale.

18 février. — La température est restée inférieure à 38°, le

liquide est résorbé sous l'influence d'un vésicatoire appliqué le 4 février. Bon état général, l'appétit est revenu, pâleur et amaigrissement.

Poumons. — Submatité, obscurité, frottements à la base gauche, obscurité à la base droite.



Cœur. — La pointe bat fortement dans le cinquième espace, un peu en dehors du mamelon, avec roulement systolique appréciable à la main. Souffle systolique très intense, à timbre musical, élevé, s'entendant dans toute la région précordiale, se propageant dans l'aisselle et dans le dos. Le deuxième bruit s'entend très peu à la pointe, il est accentué au foyer pulmonaire.

Pas de gonflement des veines du cou.

Foie normal. Pas de troubles digestifs.

Urines, jamais d'albumine.

10 mars. — A la palpation : frémissement systolique très énergique.

A l'inspection : circulation veineuse anormale de la paroi thoracique et voussure de la moitié thoracique gauche. Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième espaces inter-

costaux sont le siège d'un mouvement d'ondulation de haut en bas jusqu'à la pointe qui bat dans le sixième espace, à deux travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon.

A la pointe : retrait systolique de la paroi très évident. Le pouls radial est rapide 120, quoiqu'il n'y ait pas de température, il a les caractères du pouls paradoxal.

Percussion : la matité précordiale est augmentée d'étendue et présente la forme d'un triangle à base inférieure de 14 centimètres; 9 centimètres au-dessus des gros vaisseaux. Les limites de cette matité sont absolument invariables, soit dans le décubitus dorsal, soit dans les décubitus latéraux.

13 mars. — Le malade quitte l'hospice dans un état satisfaisant.

31 mars. — Le malade rentre. Rien de nouveau aux poumons ni au cœur.

Rétrécissement mitral. — Dans l'observation suivante de rétrécissement mitral, le tracé dénote une augmentation de la matité précordiale au niveau de la partie moyenne, c'est-à-dire dans la région auriculaire. Par contre, le diamètre vertical n'est pas modifié.

OBSERVATION XI

B... Alexandrine, 40 ans, modiste. Entrée en juillet 1896.

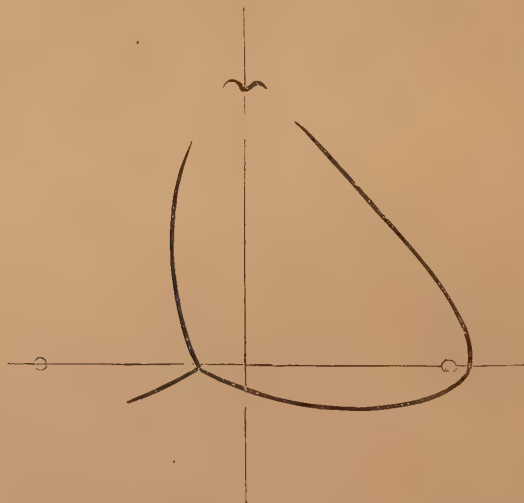
Diagnostic. — Hystéro-épilepsie. Rétrécissement mitral (maladie de Durosiez).

Mère morte de variole. Père rhumatisant, trois frères bien portants.

Très nerveuse. Crises depuis l'âge de 20 ans.

Cœur. — A la palpation : claquement valvulaire.

A l'auscultation : à la pointe, roulement présystolique intense, dédoublement du second bruit ; au-dessus de la pointe le dédoublement est suivi d'un souffle diastolique léger, qui se prolonge dans le grand silence, jusqu'à l'apparition du roulement.



Pouls non bondissant, un peu de pouls onguéal.

Matité du cœur prise le 25 juin 1899 par la percussion par dépression latérale.

Insuffisance aortique. — Nous n'avons pas d'observation de malade ayant une insuffisance aortique pure et simple. Le tracé de l'observation XII est d'un malade ayant aussi une insuffisance mitrale et de plus un athérôme aortique évident. La matité est surtout élargie au niveau de la base, son tracé est interprété dans les maladies des vaisseaux.

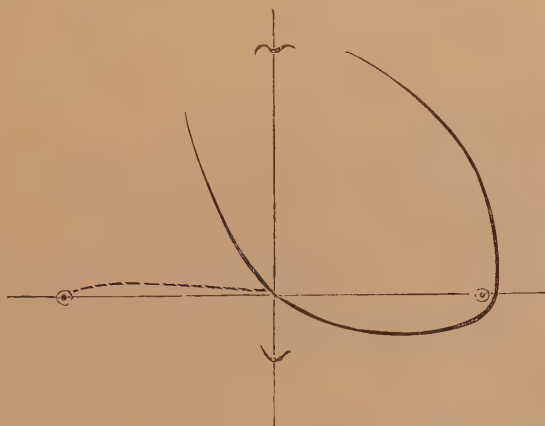
OBSERVATION XII

D..., Jacques, 87 ans, menuisier, salle Jacquard, n° 3.

Diagnostic. — Athérome. Insuffisance aortique, insuffisance mitrale. Dilatation aortique.

Père et mère morts à 80 ans.

Il a eu quatre enfants, deux sont morts en bas âge, un fils a succombé à 51 ans à une cirrhose atrophique,



A 15 ans, fièvre intermittente.

A 40 ans, blennorrhagie, chancres avec bubons.

Pas de roséole, ni plaques muqueuses.

Dès l'âge de 40 ans : palpitations par accès s'exagérant dans les efforts. Pas de sensation de griffe rétrosternale, ni irradiations dans le bras gauche. Les palpitations ont gardé les mêmes caractères, depuis quelque temps elles s'accompagnent de lourdeurs de tête, de quelques troubles de la vue et de rares phénomènes vertigineux.

5 octobre 1898. — Actuellement, l'état général est bon. Constipation.

Cœur. — La matité est augmentée dans toute son étendue mais plus particulièrement au niveau du manubrium et à droite de la ligne de délimitation; cette matité décrit une courbe dont la convexité est tournée vers la clavicule droite. Elle est variable avec les changements de position.

Palpation. — Choc en dôme net, circonscrit au niveau de la pointe qui bat dans le cinquième espace intercostal. Thrill en deux temps : systolique et diastolique, au deuxième espace droit. Pas de signe d'Oliver. Elévation des sous-clavières. On sent battre la crosse derrière la poignée du sternum. Voussure occupant la première pièce du sternum et les articulations chondro-sternales correspondantes. A jour frisant on y perçoit des battements.

Auscultation : double souffle, dans toute la région précordiale, systolique et diastolique; deux maxima, l'un au niveau de la pointe, nettement systolique, aigü en jet de vapeur, se propageant dans l'aisselle, l'autre diastolique, aspiratif et prolongé augmentant d'intensité à mesure qu'on s'approche du sternum. Le second maximum est au niveau du deuxième espace intercostal droit où les souffles au lieu d'avoir un timbre aigü, prennent une tonalité grave.

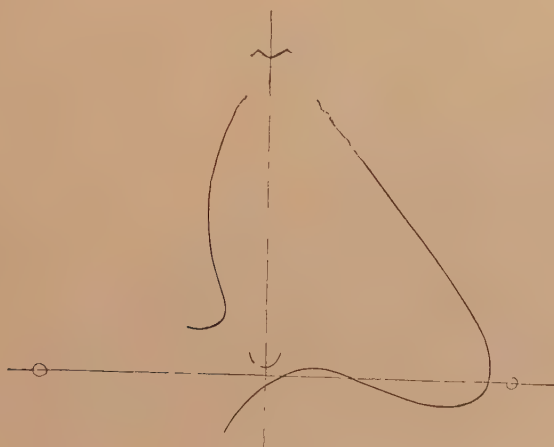
Pouls. — Les artères radiales sont dures, roulent sur le doigt. Pas de pouls de Corrigan, léger pouls capillaire, il semble que le pouls droit avance légèrement sur la gauche. On trouve le double souffle crural de Durosiez.

Rétrécissement aortique. — Dans le rétrécissement aortique (obs. XIII), le tracé est manifestement allongé, l'augmentation porte sur le diamètre vertical et la partie gauche du tracé. La pointe est abaissée.

OBSERVATION XIII

Ch... Marie-Louise, 71 ans, culottière. Salle Sainte-Anne, n° 3.

Diagnostic.—Rhumatisme chronique. Endocardite et aortite déformante. Souffle systolique aortique et mitral. Rétrécissement aortique.



Mère morte de cardiopathie. Cinq frères morts. Mariée ; son mari est mort de bacillose pulmonaire. Elle a eu deux enfants morts et deux fausses couches.

Réglée à 12 ans, Ménopause à 52 ans.

A 27 ans : douleur rhumatismale de l'épaule gauche.

Depuis l'âge de 25 ans, elle aurait de l'œdème permanent disparaissant par le repos mais jamais complètement, oppression constante.

Il y a dix ans, attaques rhumatismales, on lui trouve une cardiopathie.

La malade consulte ensuite un médecin pour des accès d'oppression, il la met au régime lacté absolu.

Persistance de l'oppression.

Entrée au Perron en 1898.

Actuellement. — Accès d'oppression, douleurs articulaires vagues.

Cœur. — Rien à l'inspection.

A la palpation : le choc de la pointe est difficilement délimité, le maximum semble être dans le cinquième espace, à 8 ou 10 centimètres de l'appendice xiphoïde.

A la percussion : matité allongée verticalement, se confondant du côté interne avec la matité hépatique.

Auscultation : souffle systolique de toute la région précordiale. A la pointe, il est assez rude, en jet de vapeur, se propageant un peu dans l'aisselle. A la base maximum d'intensité au deuxième espace intercostal droit se propageant sous les clavicules, plus à droite qu'à gauche et s'entendant sur le trajet des gros vaisseaux du cou.

Pouls petit mais soutenu.

Œdème des membres inférieurs à peine appréciable.

Quelques râles aux bases pulmonaires. Induration du sommet droit.

Urines : Pas d'albumine.

OBSERVATION XIV

Rétrécissement pulmonaire

B... Luce, 70 ans, domestique. Entrée le 4 juin 1883, Sainte-Marie.

Diagnostic. — Induration fibreuse du sommet droit. Tuberculose fibreuse avec emphysème. Endocardite fœtale probable. Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

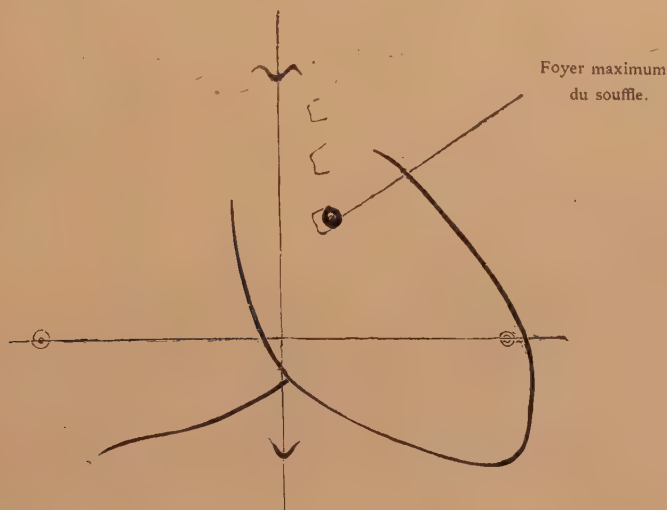
Chétive durant son enfance, fréquentes syncopes.

Réglée à 20 ans, ménopause à 30 ans. Accès paludiques à 14 ans.

Pas de rhumatisme articulaire.

A 29 ans elle entre à l'Hôtel-Dieu pour des battements de cœur, on lui administre de la digitale.

Accès paludique en 1881 au Perron.



Depuis son entrée, essoufflement, battements de cœur, syncopes.

En 1895, bronchite puis pleurésie. Hémoptysies.

1^{er} février 1898. — Cœur. — Pas de voussure. La pointe bat dans le cinquième espace en dedans du mamelon, battements perceptibles à la vue. A la palpation, thrill systolique au niveau du troisième espace intercostal droit. Auscultation : souffle systolique avec maximum au niveau du troisième espace, intense, sans renforcement, se propageant dans tous les sens. Poumons : obscurité à droite.

26 octobre. — La pointe bat à 10 centimètres de la ligne médiane. Choc en deux temps dans le cinquième espace.

Thrill dans le troisième espace gauche et à ce niveau souffle systolique intense se propageant du côté de la clavicule gauche tandis qu'à droite, au point symétrique, on ne l'entend qu'à peine. Ce souffle couvre le second bruit à gauche, tandis qu'à droite on entend nettement ce second bruit. Pouls sans les caractères du pouls de Corrigan. A la fémorale, double souffle net, le second est assez court, inconstant.

Cyanose des lèvres.

22 décembre. — La matité précordiale est un peu étendue du côté droit et plus à la partie inférieure ; l'hypertrophie semble donc porter sur le ventricule droit. La matité absolue est augmentée et occupe les deux tiers de la matité relative. Les limites de la matité sont mobiles.

Souffle systolique à maximum au troisième espace intercostal gauche.

Souffle systolique léger dans la carotide gauche, à peine perçu dans la carotide droite. Propagation presque nulle à droite du sternum. Augmentation du souffle pendant l'expiration, diminution dans l'inspiration. La pression est sans influence.

Poumons. — A droite, en avant et en arrière, submatité, exagération des vibrations, inspiration saccadée et humée, expiration prolongée.

Dépression des espaces intercostaux à la base gauche dans l'inspiration.

Toux quinteuse sans expectoration.

Pouls ample mais dépressible. Radiales peu indurées. Pas de souffle de Durosiez.

Le tracé de l'observation XIV montre que, dans ce cas, le diamètre vertical du cœur est augmenté en même temps que le diamètre horizontal. La ligne médiane est nettement dépassée à droite, la dilatation porte sur l'infundibulum du ventricule droit.

CONCLUSIONS

I. — La valeur clinique de la percussion du cœur a été très souvent méconnue, parce qu'on manque d'un procédé précis de percussion.

II. — La plupart des procédés qu'on a voulu substituer à la percussion ordinaire sont trop compliqués pour être réellement cliniques et ne donnent pas de meilleurs résultats que cette percussion ordinaire.

III. — Le procédé de la percussion par dépression latérale est au contraire préférable à la percussion ordinaire :

a) Parce qu'il permet une percussion légère n'incommodant pas le malade ;

b) Parce qu'il donne des limites extrêmement nettes, faciles à relever sur des tracés comparables entre eux, soit qu'il s'agisse d'un même malade à diverses périodes de son affection, soit qu'il s'agisse de plusieurs malades ;

c) Parce qu'il donne des renseignements précis sur

les variations de la matité précordiale relative, la plus importante à connaître ;

d) Parce qu'il donne des notions exactes sur la matité des gros vaisseaux de la base.

IV. — L'exactitude de ce procédé est démontrée par la concordance réelle des limites du cœur vérifiées à l'autopsie, avec les limites de la matité précordiale trouvées pendant la vie.

V. — Ce procédé, démontré anatomiquement exact d'une part, et d'autre part facile à exécuter, mérite dès lors d'entrer dans la pratique courante ; il donnera de bons résultats dans l'appréciation des déplacements de la matité suivant les changements d'attitude ainsi que dans la détermination des variations de cette matité sous des influences d'origine extracardiaque, intracardiaque ou péricardique, comme il résulte des documents personnels et des tracés annexés au présent travail.

VU :

Le Président de la Thèse,

L. BARD.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Aug. SCHOTT. — *Centralblatt für medicinischen Vissenschaften*, 1881 (Bad. Nauheim) Beitræge zur physiolog. diagnostike des Herzens.

STRANDGAARD. — *Nordiskt medicinsk Arkiv.*, 1896. Percussion par dépression latérale et percussion des espaces intercostaux.

Province médicale, 11 juillet 1896. Revue des travaux étrangers.

Israël ROSENTHAL. — *Nordiskt medicinsk Arkiv.*, 1897. Percussion du cœur principalement au point de vue de la percussion par dépression latérale.

PIORRY. — Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médicale. Paris, 1831.

LEREBoullet. — *Dict. des sciences médicales*.

POTAIN. — Cliniques de la Charité, 1894.

TRIPPIER et DEVIC. — Séméiologie du cœur et des vaisseaux (*Traité de path. gén.* Bouchard).

WEIL. — *Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants*. Paris, 1895.

BARTH et ROGER. — *Traité pratique d'auscultation*.

MERKLÉN. — Examen et séméiotique du cœur (coll. Léauté).

— Maladies du cœur (*Traité Brouardel Gilbert*).

BOUVERET. — Phonendoscopie (*Lyon médical*, 1896).

PIC. — Déplacement du cœur à droite par un épanchement pleural ancien. Diagnostic différentiel avec la dextrocardie congénitale. Soc. des sciences médicales, 23 juin 1897 (*Prov. médic.*).

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — Lyon
